

**DEMANDE D'ADMISSION
A LA SOCIETE MEDICALE DU VALAIS**



| | |
|---|---|
| Nom | <input type="text"/> |
| Prénom | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> |
| Origine | <input type="text"/> |
| Nationalité | <input type="text"/> |
| Adresse privée | <input type="text"/> |
| Tél. privé | <input type="text"/> |
| E-mail privé | <input type="text"/> |
| Diplôme fédéral de médecin obtenu le | <input type="text"/> |
| Ville/pays | <input type="text"/> |
| Titre de spécialiste obtenu le | <input type="text"/> |
| Ville/pays | <input type="text"/> |
| Adresse professionnelle | <input type="text"/> |
| Tél. prof. | <input type="text"/> |
| Fax prof. | <input type="text"/> |
| Mobile | <input type="text"/> |
| E-mail | <input type="text"/> |
| Date du début de l'activité | <input type="text"/> |
| Au taux de | <input type="text" value=""/> % |
| Fonction (si en hôpital) | <input type="text"/> |
| Je suis déjà membre d'une autre société cantonale | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, laquelle | <input type="text"/> |
| Mon parrain / Ma marraine, membre de la SMVS depuis 5 ans | <input type="text"/> |
| Lieu et date | <input type="text"/> |
| Signature | <input type="text"/> |

Le/la soussigné/e autorise la SMVS à mettre sur son site internet, dans la partie réservée aux membres, les informations ci-dessus ainsi que la photo.